

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

THAIS DE SOUZA ANDRADE

**SOBRECARGA DE TRABALHO AOS CUIDADORES DE IDOSOS:
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO, UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE ALVIM ÁLVARES DA SILVA, EM MORADA NOVA DE MINAS
- MINAS GERAIS**

**SETE LAGOAS – MINAS GERAIS
2015**

THAIS DE SOUZA ANDRADE

**SOBRECARGA DE TRABALHO AOS CUIDADORES DE IDOSOS:
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO, UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE ALVIM ÁLVARES DA SILVA, EM MORADA NOVA DE MINAS
- MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia de Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção de Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

**SETE LAGOAS – MINAS GERAIS
2015**

THAIS DE SOUZA ANDRADE

**SOBRECARGA DE TRABALHO AOS CUIDADORES DE IDOSOS:
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO, UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE ALVIM ÁLVARES DA SILVA, EM MORADA NOVA DE MINAS
- MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Prof. Edison José Corrêa – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em:10 /11/ 2015.

DEDICATÓRIA

À minha família, berço dos meus valores, fonte do maior amor deste mundo.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, referência saudosa de alegria e garra, razão primeira de toda a minha sensibilização pelo cuidado.

A meu pai, meu amigo e mentor, exemplo maior de afetividade e sensatez.

A meus irmãos, pilares do meu ânimo e fontes incansáveis de afeição.

O João Victor, meu companheiro e porto seguro, sustento do meu equilíbrio.

Às “minhas” cuidadoras, motivação deste projeto, professoras despretensiosas de grandeza, entrega e resignação.

À orientadora Maria Rizioneide, traço certo e firme que delineou este trabalho.

À toda a equipe do PSF Centro, apoio distinto e fundamental.

À Morada Nova de Minas, cidade de acolhida calorosa, pessoas singulares e pacientes memoráveis.

A Deus, por ser presente.

“Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo.

Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra.

Tudo o que vive precisa ser alimentado.

Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado.

O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência”.

(BOFF, 1999)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para promover a saúde integral dos cuidadores de idosos da área de abrangência da Estratégia Saúde da família, com foco na sobrecarga que esses profissionais enfrentam no seu processo de trabalho. Foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional para priorização e seleção do problema a ser trabalhado. Foi feita uma revisão narrativa da literatura sobre o tema para elaboração do plano de ação e estruturação de operações para subsidiar as intervenções que visem à melhoria da qualidade de vida do cuidador. O projeto de intervenção propondo a criação de grupo operativo de cuidadores de idosos, realização de palestras e oficina de habilidades, apresentação de material de apoio ao conhecimento sobre a Saúde do Idoso e cuidados, estruturação da Linha de Cuidado com o cuidador são as ações definidas para buscar a adesão dos cuidadores e assim intervir na qualidade do trabalho e de vida dos mesmos. A intervenção envolveu toda a equipe e contou com suporte dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e da Secretaria Municipal de Saúde. Intervir na saúde do cuidador é tarefa desafiadora, que sofre interferência de múltiplas causas e problemas secundários e pode ser otimizada pela abordagem interdisciplinar. Esta ação deve integrar as atividades do projeto da Saúde dos cuidadores.

Palavras-chaves: Cuidadores. Saúde do trabalhador. Saúde do idoso. Esgotamento profissional.

ABSTRACT

This study aims to develop an intervention project to promote the comprehensive health of caregivers of elderly in the Family Health Strategy coverage area, focusing on the burden that this population faces in their work process. We used the method of Situational Strategic Planning for prioritization and selection of the problem to be worked. A narrative review of the literature on the subject to prepare the action plan and structuring of transactions was made to support interventions aimed at improving caregiver quality of life. The intervention project proposing the creation of operative group of elderly caregivers, lectures and workshop skills, presentation of collateral to knowledge about the health of the elderly and care, structuring Care Line with the caregiver are defined actions to seek membership of caregivers and thus intervene in the quality of work and life of the same. The interventions involved the entire team and had support of the professionals of the Center for Support for Family Health and the City Health Department. Intervening in caregiver health is a challenging task, suffering interference from multiple causes and secondary problems and can be optimized by interdisciplinary approach. This action should integrate the activities of the health project of caregivers.

Keywords: Caregiver. Occupational health. Health of the elderly. Burnout, professional.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABVDs	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVDs	Atividades Instrumentais da Vida Diária
APAE	Associação de Pais Amigos e Excepcionais
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
ESF	Equipe de Saúde da Família
HCCSS	Hospital Casa de Caridade de São Sebastião
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVO	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40
ANEXO A	43

1 INTRODUÇÃO

1.1 Informações sobre o município de Morada Nova de Minas

O município de Morada Nova de Minas localiza-se no Alto do São Francisco (represa de Três Marias), a centro oeste do estado de Minas Gerais. Possui uma área territorial de 2.085 km², sendo desta 550,94 km² de área alagada. Dista 300 km da capital, Belo Horizonte. Seus limites territoriais são: São Gonçalo do Abaeté, Três Marias, Felixlândia, Pompéu, Abaeté, Biquinhas e Tiros.

Teve seu início a partir da construção de uma capela dedicada a Nossa Senhora do Loreto, entre os anos de 1810 e 1815, ao lado de onde Dona Inácia Maria do Rosário construiu um pequeno sobrado, sua “Morada Nova”. A partir de então, parentes de dona Inácia e pessoas estranhas fixaram residência nos arredores e a população aumentou progressivamente, atuando em lavoura e criação de gado. Após tramitações envolvendo usucapião da terra, em 1938, a região foi elevada à categoria de vila, passando a chamar-se Morada Nova. Somente em 1943 foi elevado à categoria de município com o topônimo de Morada, que posteriormente foi alterado para Moravânia e finalmente, Morada Nova de Minas (PREFEITURA DE MORADA NOVA DE MINAS, 2014).

Em 1960, segundo relatos, um pequeno avião sobrevoou a cidade e jogou folhetos avisando que a cidade, em poucos dias, seria inundada pelas águas da represa de Três Marias. A cidade foi surpreendida com a catástrofe. Eram 18.000 habitantes, muitas famílias tiveram que abandonar suas terras, inundadas pelas águas. A estagnação tomou conta da cidade por cerca de três anos, a indenização para quem fez acordo amigável foi irrisória e até hoje os que recorreram à Justiça aguardam indenização. O transporte era realizado via balsas, pela Superintendência do Vale São Francisco (SUVALE), hoje Companhia de Desenvolvimento do Vale São Francisco (CODEVASF). A energia elétrica e o abastecimento de água potável só foram possibilitados anos depois, com a chegada da CEMIG e da COPASA (PREFEITURA DE MORADA NOVA DE MINAS, 2014).

Progressivamente, Morada Nova se refez e hoje é uma cidade conhecida pela hospitalidade, pela tranquilidade e pela paisagem rodeada pelas águas. A represa hoje figura importante papel nas atividades turísticas, de agricultura e pesca, se configurando como parte importante da vida do moradense.

Atualmente, conta com uma população de 8.255 habitantes (IBGE, 2010). A taxa de crescimento populacional é 1,31% e apresenta uma densidade demográfica de 3,96 habitantes/km². Estimativa para 2015 é de 8.764 habitantes, segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

Com relação aos aspectos socioeconômicos, o município apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,696 (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2010).

A captação, o tratamento e a distribuição de água na zona urbana são realizados pela COPASA, enquanto na zona rural, a Prefeitura implantou poços artesianos (Tabelas 1 e 2). Já a rede de esgoto é incipiente no município, atualmente em implantação progressiva, mas a maioria das residências ainda possui fossas sépticas (Tabela 3).

Tabela 1 – Distribuição e abastecimento de água na zona urbana de Morada Nova de Minas/MG, 2014.

Distribuição e Abastecimento de Água na Zona urbana do município de Morada Nova de Minas, 2014.

Abastecimento de água	Número de domicílios	%
Rede Pública	2.480	94,58
Poço/rio/nascente/cacimba	138	5,26
Outros	4	0,15
TOTAL	2.622	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica do município, 2014

Tabela 2 – Tratamento de água nos domicílios de Morada Nova de Minas, 2014

Tratamento de água nos domicílios do município, 2014.		
Tratamento	Número de domicílios	%
Filtração	2.096	79,94
Fervura	16	0,61
Cloração	5	0,19
Sem tratamento	505	19,26
TOTAL	2.622	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica do município, 2014.

Tabela 3 – Distribuição do destino de dejetos em Morada Nova de Minas, 2014

Distribuição do local segundo destino dos dejetos no município de Minas Novas, 2014.		
Destino dos dejetos	Número de domicílios	%
Rede de esgoto	50	1,91
Fossa	2.563	97,75
Céu aberto	9	0,34
TOTAL	2622	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica do município, 2014.

O perfil epidemiológico da população de Morada Nova de Minas apresenta uma predominância de moradores de zona urbana, 6.457 habitantes, em relação à rural, 1.798 habitantes. Apresenta quase a mesma quantidade de homens e mulheres.

Tabela 4 – Distribuição da população do município de Morada Nova de Minas – Minas Gerais, por faixa de idade e sexo, 2012.

População por faixa etária e sexo do município de Minas Novas em 2012.

Faixa etária (anos)	Masculino	Feminino	Total
Até 1	66	56	122
1-4	215	209	424
5-9	290	313	603
10-14	386	387	773
15-19	369	329	698
20-59	2415	2266	4681
60-79	465	477	942
80 ou mais	53	57	110
TOTAL	4259	4094	8353

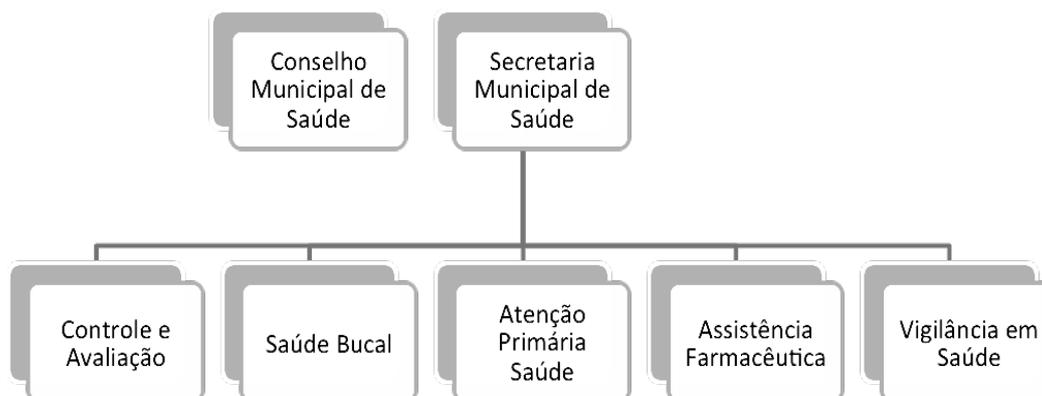
Fonte: Estimativas populacionais – MS/SGEP/DATASUS – 2012, em Plano Municipal de Saúde de Morada Nova de Minas, 2014/2017.

A economia da cidade que antigamente era baseada em agricultura, pecuária e silvicultura, após a inundação passou a ser ligada principalmente ao setor turístico, aproveitando as margens da represa para turismo ecológico e rural.

O município conta com rede de ensino pública de 1º e 2º graus. A taxa de analfabetismo, segundo o último censo (IBGE, 2010), era de 9,4%.

O Município está habilitado atualmente na Gestão Plena da Atenção Básica. A Secretaria Municipal de Saúde fornece aspectos dos mecanismos de gestão no seguinte organograma.

Figura 1 – Estrutura geral do sistema de saúde de Morada Nova de Minas, Minas Gerais, 2014



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Morada Nova de Minas, 2014/2017

O município de Morada Nova de Minas localiza-se na microrregião de Sete Lagoas (segundo Plano Diretor de Regionalização).

1.2 Sistema Municipal de Saúde

A cidade possui um hospital, Hospital Casa de Caridade de São Sebastião (HCCSS), que realiza atendimento de urgência e emergência, e serviço de internações/enfermaria. No hospital também são realizados alguns exames laboratoriais básicos, em caráter de urgência ou eletivos.

O município conta com atendimento periódico de um profissional de cada uma das especialidades: Psiquiatria, Ortopedia e Ginecologia e Obstetrícia. Os atendimentos referenciados para essas especialidades ocorrem no ambulatório do hospital. As demais demandas por especialidades e exames complementares mais complexos são encaminhadas pelo Tratamento Fora do Domicílio (TFD) a cidades parceiras (“referências”), que são Três Marias, Abaeté, Sete Lagoas e Belo Horizonte.

Conta com três Equipes de Saúde da Família (ESF), que de acordo com dados da Prefeitura Municipal, cobrem 100% da população.

Unidade Básica de Saúde Alvim Álvares da Silva

A Unidade Básica de Saúde Alvim Álvares da Silva, onde funciona a equipe de saúde da família conhecida pela população como “PSF Centro”, localiza-se à Rua Frei Orlando, nº 574, bairro Centro. Funciona em estabelecimento próprio, em ótimo estado de conservação. O horário de funcionamento estabelecido é de 07:00 às 16:00h. Nela funciona uma equipe de saúde da família, composta por uma médica, uma enfermeira (gerente da UBS), duas técnicas de enfermagem (uma assistencial e uma para imunizações), seis agentes comunitárias de saúde (ACS). Conta ainda com uma recepcionista e duas auxiliares de serviços gerais. Os estagiários (acadêmicos do 11º período, em Internato Rural da Faculdade de Medicina da UFMG) também possuem dias pré-determinados para atendimento na UBS. São realizadas as ações de saúde na atenção básica: consulta médica (clínica médica, puericultura, pré-natal e urgência/emergência), visitas domiciliares, coleta de material para colpocitologia oncótica, curativos, inalações, imunizações, lavagem de cerume impactado, dentre outros. Também ocorrem reuniões mensais com os grupos de gestantes, diabéticos e hipertensos. Outra peculiaridade desta UBS é que cobre a APAE da cidade e a casa de cuidado com idosos, Vila Vicentina, realizando controle periódico de pressão arterial e glicemia capilar dos frequentadores dessas instituições, assim como atendimento médico.

O atendimento médico na unidade abrange atenção programada (consultas agendadas) e demanda espontânea (consultas de urgência). A agenda é elaborada para atender oito a 10 pacientes no turno da manhã e seis a oito pacientes no turno da tarde, sendo destas, duas de demanda espontânea por turno. A agenda é organizada por tipo de atendimento e as visitas domiciliares são agendadas sempre para as tardes de sexta-feira, salvos casos particulares.

Houve implantação recente na cidade de uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF2), composta por profissionais de Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Educação Física.

A ESF Alvim Álvares da Silva (“PSF Centro”) abrange um território dividido em seis microáreas, correspondendo a uma população de 2.435 habitantes, todos residentes na área urbana.

1.3 O cuidador de idoso no contexto demográfico de Morada Nova de Minas

A transição demográfica decorre de diversos fatores, tais como: redução da mortalidade geral, redução da taxa de fecundidade, melhoria das condições sanitárias e de acesso a bens e serviços, entre outros. O envelhecimento populacional, ainda que indique aumento da expectativa de vida, também implica surgimento de novas necessidades e demandas, entre elas, a presença de incapacidades progressivas que justificam a figura do cuidador.

A comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família Centro reflete de modo intenso a realidade muitas vezes negligenciada do cuidador. Em nosso dia a dia, atendemos muitos cuidadores de idosos com os mais diversos problemas e demandas. Grande parte apresenta fragilidade emocional evidente, com choro fácil durante a consulta e desabafos desesperados de exaustão.

O problema da sobrecarga do cuidador de idosos foi analisado com base na categorização sugerida por Campos, Faria e Santos (2010). Dentro desta proposta, foi categorizado como um problema “quase estruturado”, que se caracteriza pela estrutura complexa, cujas variáveis não são suficientemente conhecidas e as soluções para seu enfrentamento não são consensuais, pois não é reconhecido como “problema” por todos os atores sociais. Outra importante caracterização do problema quase estruturado é o fato de ter sido produzido por um processo social, necessitando de um plano de ação elaborado para seu enfrentamento. Seguindo a mesma proposta, este problema também foi categorizado como “terminal ou final”, que quer dizer, vivenciado diretamente pelo paciente como consequência de diversos outros problemas intermediários, desde pessoais e sociais aos relativos à gestão e à estrutura da rede de atenção à saúde. Esta categorização reflete a importância deste problema, que foi unanimidade entre os componentes da equipe, por ser uma demanda significativa e consideravelmente impactante na qualidade de

vida de todos os envolvidos no processo de saúde-doença do indivíduo em senescência.

O foco da abordagem da saúde do cuidador foi avaliada e considerada sob uma óptica ampla e complexa, que inclui principalmente as questões psicoemocionais trazidas pela função que desempenha. Importante considerar a presença dos sentimentos diversos que permeiam o ato de cuidar, como raiva, culpa, medo, cansaço, irritação, dentre outros. Esses sentimentos precisam ser compreendidos, admitidos como consequência natural desta ocupação e tratados como frequente causa de estresse, reconhecido fator de risco para violência contra o idoso e adoecimento do cuidador (BRASIL, 2007).

A abordagem do cuidador como foco da atenção é tarefa desafiadora, que sofre interferência de múltiplas causas e problemas secundários. Entretanto, toda a equipe se dispôs a se envolver nesse processo, já que sua realização bem-sucedida trará impacto positivo na Saúde Integral de todos os envolvidos – diretamente ou indiretamente vinculados à Atenção Básica. “Cuidar do cuidador” é proposta inovadora no município, mas já é reconhecida oficialmente em documentos nacionais como estratégia integrante da Saúde do Idoso.

2 JUSTIFICATIVA

A equipe de saúde Alvim Álvares da Silva realizou diagnóstico e levantamento dos principais problemas, sendo identificada a sobrecarga frequente dos cuidadores de idosos na comunidade como um problema de alta prevalência e que necessita de abordagem imediata. Esta condição de saúde é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento, evitando novos casos e reduzindo complicações nos casos presentes.

A equipe, após análise da situação levantada, considerou que o nível local apresenta recursos humanos e materiais para realização do Projeto de Intervenção, considerando o projeto viável.

Pelo registro dos Agentes Comunitários de Saúde existentes na unidade foram identificados no território da unidade 414 idosos e desses 46 eram considerados como dependentes de cuidadores.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para promover a saúde integral dos cuidadores de idosos da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Alvim Álvares da Silva, com foco na sobrecarga frequente que esta população enfrenta.

4 METODOLOGIA

Através da Estimativa Rápida, a equipe de saúde estabeleceu o diagnóstico situacional da comunidade, que permitiu a elaboração de uma lista de problemas e ao mesmo tempo possibilitou selecionar o problema mais relevante a ser trabalhado neste estudo. O problema priorizado foi “Sobrecarga de cuidadores de idosos da área de abrangência da ESF Alvim Álvares da Silva, em Morada Nova de Minas/MG”.

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme proposto no módulo de planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010) onde foram identificados os principais problemas vivenciados pela comunidade adscrita a unidade básica de saúde.

Foi também realizada uma revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde sobre o tema, por meio dos seguintes descritores:

Esgotamento profissional.

Cuidadores.

Saúde do trabalhador.

Saúde do Idoso.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O envelhecimento populacional que caracteriza a transição demográfica é fenômeno mundialmente percebido, ainda que apresente implicações significativamente diferentes entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. O Brasil apresenta uma alta taxa de envelhecimento populacional. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010, a população brasileira em 2010 era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos (idade igual ou maior de 60 anos), correspondendo a 10,8% da população brasileira (BRASIL, 2010).

Soma-se a esta transição o aumento da proporção de idosos com mais de 80 anos, sendo este o grupo etário que mais vem crescendo no Brasil. Os octogenários distinguem-se dos idosos jovens pelo alto consumo de recursos do sistema de saúde e maior impacto sobre a dinâmica familiar, social e econômica. Isso se justifica pela prevalência de doenças e pelo grau de dependência funcional deste subgrupo (CHAIMOWICZ, 2013).

De modo concomitante, observa-se também uma transição epidemiológica, caracterizada pela redução da incidência de doenças infectocontagiosas e aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, que atingem, sobretudo, a população idosa (MARTINS *et al.*, 2007).

Outros aspectos que acompanham este processo de transição epidemiológica são o deslocamento da carga de morbimortalidade dos mais novos para os idosos e a transformação da situação de predomínio de morbidade, em vez de mortalidade (CHAIMOWICZ, 2013).

Esta situação implica um novo desafio na assistência ao idoso, com a necessidade de uma abordagem que permita compatibilizar o aumento da expectativa de vida com a qualidade adequada em seu desenrolar (MARTINS *et al.*, 2007).

Dentro deste contexto, ressalta-se que o prolongamento da vida, alvo de aspiração em qualquer sociedade, somente poderá ser considerado uma conquista real se agregado à qualidade aos anos adicionais (VERAS, 2008).

Entretanto, no Brasil, segundo constata Camarano (2007, p. 9), “a certeza da continuação nos ganhos de vida vividos é acompanhada pela incerteza a respeito das condições de saúde, renda e apoio que experimentarão os longevos”. Esta é uma realidade que reflete de modo evidente no cotidiano da assistência à saúde, ao passo que gera novas necessidades e demandas.

As incapacidades geradas pelo comprometimento progressivo dos principais sistemas funcionais levam às grandes síndromes geriátricas, que constituem problemas comuns e de difícil solução, nomeados “gigantes da geriatria”. São eles: a Incontinência Urinária, a Instabilidade Postural (grande responsável por quedas e fraturas), as Doenças Neuropsiquiátricas (depressão, insônia, delirium e demência), a Síndrome da Imobilidade e a Iatrogenia (CHAIMOWICZ, 2013).

Importante destacar a última síndrome citada, Iatrogenia, que assume especial relevância por refletir a falta de conhecimento da equipe para lidar com as particularidades do envelhecimento, gerando intervenções inadequadas. Conforme elucidada Moraes (2012, p. 14), “a iatrogenia traduz os malefícios causados pelos profissionais da área de saúde e pelo sistema de saúde despreparado para dar uma resposta adequada aos problemas de saúde do idoso”.

Nesse sentido, as políticas sociais necessitarão adequar-se ao incremento das doenças crônicas propiciado pela transição demográfica, com particular atenção às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (MORAES, 2012).

Com isto em evidência, em 1999, foi elaborada a Política de Atenção à Saúde do Idoso, que estabelece o enfrentamento das necessidades do idoso, principalmente daquele com comprometimento em sua capacidade funcional, pautado no desenvolvimento de parcerias entre os serviços de saúde, os profissionais e o cuidador familiar (FERNANDES e FRAGOSO, 2005).

Dentro deste contexto, as políticas de saúde assumem também a função de contribuir para o alcance de um envelhecimento ativo e saudável. Para que isso seja viabilizado, imprescindível fomentar modificações sociais e culturais para produzir um cenário que acolha de modo mais pertinente à população idosa (BRASIL, 2007).

Importante destacar o papel da família como elemento fundamental para o bem estar biopsicossocial do idoso. A participação familiar é grande definidora da qualidade de vida e mesmo da efetividade da intervenção da equipe, na medida em que sua ausência pode desencadear ou perpetuar a perda de autonomia e independência do idoso (MORAES, 2012).

Cabe ressaltar que na abordagem da saúde do idoso, não somente a preservação da saúde física e mental é considerada fundamental, mas também de sua capacidade funcional, o que pressupõe a avaliação e o estímulo para a realização sem auxílio de algumas atividades instrumentais da vida diária – AIVDs – e atividades básicas da vida diária – ABVDs (CHAIMOWICZ, 2013).

A dependência para o desempenho das atividades diárias no processo de envelhecimento é progressiva e evidente, tendendo a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% nos idosos com mais de 90 anos (NASCIMENTO *et al.*, 2008).

A perda de autonomia do idoso surge a necessidade da figura do cuidador, uma pessoa da família ou da comunidade que presta cuidados com ou sem remuneração, por motivos diversos de restrição ou limitação; “um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação” (BRASIL, 2008, p. 8).

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) inclui a ocupação de cuidador de idoso sob o código 5162-10 e o define como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (BRASIL, 2010, p. 781). Traz como sinônimos:

acompanhante de idosos, cuidador de pessoas idosas e dependentes, cuidador de idosos domiciliar, cuidador de idosos institucional e gero-sitter (BRASIL, 2010).

Nestas situações que demandam a presença constante do cuidador, cabe destacar a família como importante estrutura provedora de cuidados. Os filhos são os cuidadores dos pais, com um sentimento de obrigação, retribuição do cuidado e adicionalmente, amor (ANDRE *et al.*, 2014). Entretanto, o que a realidade atual evidencia são famílias pequenas e com laços familiares fragilizados, incapazes de oferecer o apoio essencial ao idoso. Disto resultam idosos malcuidados, cada vez mais dependentes do sistema de saúde, com demandas que sobrecarregam a Atenção Básica (ALMEIDA, 2013).

Além disso, Lopera *et al.* (2012) chamam a atenção para o fator socioeconômico como motivo para a ocorrência do cuidado informal dos idosos domiciliados. Assim, torna-se cada vez mais frequente a presença do cuidador nos lares, o que evidencia a necessidade de orientação adequada para a realização do cuidado.

É importante salientar os benefícios alcançados com o cuidado domiciliar, como o aumento da oportunidade de convívio familiar, a diminuição do tempo de internação hospitalar e, conseqüentemente, a redução de complicações secundárias a internações prolongadas (BRASIL, 2008).

Moraes (2012) traçou o perfil comum do cuidador brasileiro como um familiar, do sexo feminino e, muitas vezes, também idoso, que assume a tarefa de cuidar por motivo de disponibilidade, instinto ou vontade, a maior parte das vezes sem a qualificação ou capacitação apropriadas. O alto nível de estresse e as fragilidades orgânicas e emocionais apresentadas pelo cuidador o colocam numa posição, muitas vezes, tão ou mais frágil que o próprio idoso cuidado, gerando uma elevada demanda pela atenção, que pode inclusive ser maior que a demanda do próprio paciente.

A complexidade do cuidado revela-se também no reconhecimento das dificuldades, sobretudo mediante oposição do idoso à atuação do cuidador, o que gera o desafio de assimilar os sentimentos de frustração sem culpa. Os diversos fatores

estressores impõem ao cuidador a necessidade de desenvolver habilidades para manutenção da integridade física e emocional e, desta forma, estar apto à convivência saudável e à execução do cuidado integral (BRASIL, 2008).

Cabe ressaltar que nem sempre esta tarefa é assumida por escolha livre e espontânea, principalmente quando se trata de um familiar ou amigo. O sentimento de “obrigação”, dentre outros sentimentos diversos e contraditórios, muitas vezes permeia o ato de cuidar, tornando fundamental a compreensão de toda a equipe para a complexidade desta tarefa (BRASIL, 2008).

Isso afeta de modo direto o desempenho da função de cuidar, e conseqüentemente, a saúde integral de todos os envolvidos, o que justifica a relevância da abordagem à saúde física e mental do cuidador ao se considerar a avaliação global do idoso (MORAES, 2012).

No Brasil, diversas condições contribuem para a situação evidente de negligência ao indivíduo que exerce o cuidado. A falta de recursos e estrutura política limitam as ações do Governo. De modo similar, a cultura de baixa valorização do cuidador desvia o olhar dos familiares e da comunidade, comprometendo também as possibilidades de diversificação e flexibilização, agravando o esgotamento. Igualmente, a atuação dos pesquisadores é reduzida pela escassez de fomentos para conduzir estudos neste tema e mesmo a dificuldade em se vislumbrarem perspectivas para a utilização dos resultados (SOUZA; WEGNER e GORINI, 2007).

O que se preconiza é o estabelecimento de uma forte parceria entre os pacientes, os seus cuidadores informais e a equipe de saúde. Para muitos indivíduos sob cuidado domiciliar, os cuidadores informais, assim como familiares e amigos, não remunerados, são a principal (ou em alguns casos, a única) ligação de acesso ao sistema de saúde (RECKREY *et al.*, 2013).

Dentre as ferramentas criadas para otimizar a abordagem desta subpopulação encontra-se o Inventário de Sobrecarga de Zarit (ANEXO A). Conforme esclarecem Taub *et al.* (2004), este inventário consiste em 22 questões que avaliam o impacto das atividades de cuidados nas esferas física, psicológica e social. A escala foi

validada no Brasil e pode ser utilizada como uma medida da sobrecarga apresentada pelos cuidadores de pacientes com demência.

Em estudo sobre a sobrecarga dos cuidadores, Pinto e Sanchez (2005) assinalam haver interferência negativa de situações como não saber a evolução das enfermidades das pessoas sob seus cuidados, sentir-se sozinho, fadiga por responsabilizar-se por muitas tarefas e o cansaço emocional. Afirmam também que as situações familiares, a intolerância, as exigências do ente querido fazem com que o cuidador se sinta, em alguns momentos, coagido.

Segundo Fernandes (2009), a exaustão e o estresse frequentemente relatados pelos cuidadores são suscitados pelo envolvimento afetivo e pelo surgimento de uma relação unidirecional de dependência no lugar da reciprocidade prévia, situação que restringe o cuidador em relação à sua própria autonomia e às suas necessidades e demandas. Escondidos dos olhos da sociedade, os cuidadores somente são conhecidos quando adentramos seu espaço e seu cuidado (ANDRE *et al.*, 2014).

Enquanto alguns cuidadores esgotados reagem através de buscas frequentes pelos serviços de saúde, outros preferem sofrer em silêncio, ou pior, perdem a oportunidade de indicações de tratamentos e intervenções que poderiam ser potencialmente benéficas ao seu ente querido (RECKREY *et al.*, 2013).

Além disso, como bem ressaltam MacNeil *et al.*, (2010) e Oliveira (2013), a vivência da situação de sobrecarga do cuidado é importante fator de risco de violência doméstica que pode envolver esses idosos.

Nesse sentido, Souza, Wegner e Gorini (2007) salientam a relevância da preparação do cuidador leigo, de modo a estimular a autoconfiança e a autonomia e permitir uma visão crítica do cuidado, fomentando uma atuação consciente e estendida para o autocuidado.

É importante oferecer outras opções assistenciais às famílias e cuidadores, de modo a otimizar a abordagem de suas necessidades. Cabe lembrar que a atitude do

cuidador é fortemente relacionada à orientação, ao acolhimento e à formação do vínculo com os sistemas formais de apoio (FERNANDES e FRAGOSO, 2005).

Dentro desta proposta, pode-se viabilizar a execução de programas de apoio a cuidadores, dirigidos ao cuidador principal ou aos membros da família, com atividades individuais ou grupais, baseados nas necessidades específicas de cada caso. Estas ações devem contemplar atividades que instrumentalizem o cuidador na prática cotidiana, como o esclarecimento sobre as principais condições que afligem o idoso e sua abordagem, informação sobre maneiras de otimizar a execução de procedimentos corriqueiros, orientação para adaptações do ambiente físico, estímulo ao autocuidado, dentre outros (FERNANDES e FRAGOSO, 2005).

Dentre as ações de intervenção, destacam-se os grupos de cuidadores, que são espaços onde, por meio da troca de experiências boas e também ruins, os cuidadores constatarem semelhanças com seus comuns e podem conversar, ensinar e aprender sobre o árduo ofício a que se dedicam, o que gera assimilação da situação e alívio. O resultado desta identificação é o estabelecimento natural de uma rede de apoio de contribuição mútua (BRASIL, 2008).

Outra ferramenta muito útil é o “Guia Prático do Cuidador”, material elaborado pelo Ministério da Saúde, que aborda temas cotidianos e comuns do cuidado, oferecendo orientações práticas e pertinentes para o cuidador (BRASIL, 2007)

Em publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), estabelece-se que a sistematização de tarefas realizadas no domicílio deverá ser possibilitada pela parceria entre os profissionais da saúde e os cuidadores. Dentro desta proposta, deverão ser privilegiadas as ações que visem evitar a segregação e o isolamento, assim como fomentar a promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e a manutenção da competência funcional do idoso e do cuidador.

Ressalta-se, nesse cenário, a importância da educação em saúde na capacitação do cuidador leigo, preparando-o para o exercício integral do cuidado do outro sem renunciar à própria saúde e ao cuidado próprio. Igualmente, enfatiza-se a necessidade de direcionamento do olhar a esta subpopulação por parte das políticas

públicas. Finalmente, é de suma importância salientar que o cuidar envolve todo o contexto que circunda o paciente, circunstância que revela “a figura do cuidador leigo como instrumento de cuidar” (SOUZA; WEGNER e GORINI, 2007, p. 7).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção foi elaborado a partir da seleção e análise de determinados critérios. Na ESF, o problema priorizado foi “Sobrecarga de cuidadores de idosos da área de abrangência da Equipe de Saúde Centro, Unidade Básica de Saúde Alvim Álvares da Silva, em Morada Nova de Minas/MG”. Uma vez definidos os problemas e as prioridades, a próxima etapa foi a descrição do problema selecionado. Para descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou dados produzidos pela própria equipe através das diferentes fontes de obtenção. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão. Com o problema explicado e identificadas as causas consideradas mais importantes passou-se a pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho da operacionalização.

Tabela 5 – Descritores do problema “Sobrecarga de cuidadores de idosos da área da Equipe de Saúde da Família Centro, Unidade de Saúde da Família Alvim Álvares da Silva, em Morada Nova de Minas/MG”

Descrição	N
Total de idosos	414
Idosos dependentes de cuidadores	46
Total de cuidadores	38
Cuidadores com vínculo familiar	26
Cuidadores com vínculo profissional	12
Cuidadores idosos (iguais ou maiores de 65 anos)	08
Cuidadores do gênero feminino	33
Cuidadores do gênero masculino	08
Cuidadores que referem problemas físicos	31
Cuidadores que referem esgotamento	30
Cuidadores que se julgam inaptos à execução de atividades cotidianas	18
Cuidadores que avaliam seu conhecimento sobre o idoso insuficiente	22
Cuidadores que referem participação inadequada dos familiares	35

Registro da equipe, maio/2015

Cabe esclarecer que o número de cuidadores é inferior ao número de idosos dependentes porque a área de abrangência da ESF possui uma instituição de cuidado prolongado, o Lar dos Idosos – Vila Vicentina, em que os cuidadores não são individuais.

Com este problema descrito e explicado, utilizamos a “Elaboração do Plano de Ação”, proposto em Planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010), para definição dos pontos de intervenção e ações a serem realizadas. Estes passos estão detalhados nos quadros 1 a 6, a seguir.

Assim, para o problema a receber intervenção – “ Sobrecarga de cuidadores de idosos da área da Equipe de Saúde da Família Centro, Unidade de Saúde da Família Alvim Álvares da Silva, em Morada Nova de Minas/MG” – são apresentadas as ações relativas aos seguintes nós críticos:

- Saúde mental e condição psicológica do cuidador
- Saúde física do cuidador
- Habilidades do cuidador
- Conhecimentos do cuidador sobre a saúde do idoso
- Consciência dos familiares e outros atores envolvidos
- Processo de Trabalho em Saúde

Quadro 1 – Operações sobre o nó crítico “Saúde mental e condição psicológica do cuidador” relacionado ao problema “Sobrecarga de cuidadores de idosos da área de abrangência da ESF Alvim Álvares da Silva, em Morada Nova de Minas/MG”.

Nó crítico 1	Saúde mental e condição psicológica do cuidador
Operação	Conte com a gente
Projeto	Propor forma de suporte psicoemocional ao cuidador e gerar identificação entre comuns
Resultados esperados	Cuidador instrumentalizado para o enfrentamento saudável da situação. Casos de esgotamento psíquico/ <i>burnout</i> entre os cuidadores reduzidos em 30%.
Produtos esperados	Grupo Operativo com os cuidadores. Consultas com médica e psicóloga, conforme identificação das necessidades individuais.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe da ESF. Gestão Municipal/Secretaria Municipal de Saúde.
Recursos necessários	Estrutural – espaço para realização do grupo operativo, estrutura para realização dos atendimentos (médico e psicológico). Organizacional – mobilização da equipe para fomentar a adesão. Cognitivo – conhecimentos sobre o tema, sobretudo para diagnóstico e abordagem adequados. Político – mobilização social.
Recursos críticos	Organizacional – mobilizar a equipe para fomentar a adesão Político – incentivar a adesão por meio de mobilização social
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe da ESF / Participantes do grupo (cuidadores). Motivação: Favorável / Variável.
Ação estratégica de motivação	Incentivar a participação, através da busca ativa dos participantes, verificação de disponibilidades, estímulo ao envolvimento.
Responsáveis:	Médica, enfermeira e psicóloga.
Cronograma / Prazo	Início em 10/09/15 e finalização em 3 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Grupo operativo: já implantado, com encontros quinzenais. Consultas com médica e psicóloga: já implantadas.

Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico “Saúde física do cuidador” relacionado ao problema “Sobrecarga de cuidadores de idosos da área de abrangência da ESF Alvim Álvares da Silva, em Morada Nova de Minas/MG”.

Nó crítico 2	Saúde física do cuidador
Operação	Mais Saúde
Projeto	Propor instrumento para identificar sinais e sintomas que indiquem problemas físicos estabelecidos ou em risco de acometer o cuidador
Resultados esperados	Casos de disfunções físicas geradas pela função do cuidador reduzidos em 40%; Acompanhamento otimizado de casos já estabelecidos e doenças crônicas.
Produtos esperados	Consulta com médica e programa de atividade física orientada com educadora física
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe da ESF Gestão Municipal/Secretaria Municipal de Saúde
Recursos necessários	Estrutural – espaço físico para realização das orientações em educação física Financeiro – exames complementares necessários ao diagnóstico, medicamentos necessários para o tratamento dos problemas. Organizacional – estrutura para realização dos atendimentos Cognitivo – conhecimentos sobre o tema, sobretudo para diagnóstico e abordagem adequados.
Recursos críticos	Financeiro – disponibilizar exames complementares necessários ao diagnóstico e medicamentos necessários para o tratamento dos problemas
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe da ESF/Gestão Municipal (SMS) Motivação: Favorável Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar o Projeto à Gestão
Responsáveis	Médica e a profissional de educação física
Cronograma / Prazo	Início em 10/09/15 e finalização em 3 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Já iniciado

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “Habilidades do cuidador” relacionado ao problema “Sobrecarga de cuidadores de idosos da área de abrangência da ESF Alvim Álvares da Silva, em Morada Nova de Minas/MG”.

Nó crítico 3	Habilidades do cuidador
Operação	Dicas úteis
Projeto	Propor processo de habilitação do cuidador para execução de tarefas habituais
Resultados esperados	Desgaste físico e psíquico do cuidador reduzido em 80%. Cuidado do idoso otimizado.
Produtos esperados	Oficina de habilidades (como parte do grupo operativo).
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe da ESF. Gestão Municipal/Secretaria Municipal de Saúde.
Recursos necessários	Financeiro – estrutura para oficina de habilidades, com recursos didáticos e (possivelmente) profissional para palestra e demonstração Cognitivo – conhecimentos sobre o tema, sobretudo para diagnóstico e abordagem adequados. Político – mobilização social para permitir adesão dos cuidadores com acesso dificultado pela indisponibilidade de horários.
Recursos críticos	Financeiro – conseguir estrutura para oficina de habilidades, com recursos didáticos e (possivelmente) profissional para palestra e demonstração Político – permitir adesão dos cuidadores com acesso dificultado pela indisponibilidade de horários através de mobilização social
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe da ESF / Participantes da oficina (cuidadores) Motivação: Favorável / Variável
Ação estratégica de motivação	Incentivar a participação, através da busca ativa dos participantes, verificação de disponibilidades, estímulo ao envolvimento
Responsáveis:	Médica, enfermeira e técnica de enfermagem
Cronograma / Prazo	Início em 10/09/15 e finalização em 3 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Grupo operativo: já implantado, com encontros quinzenais

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Conhecimentos do cuidador sobre a Saúde do Idoso” relacionado ao problema “Sobrecarga de cuidadores de idosos da área de abrangência da ESF Alvim Álvares da Silva, em Morada Nova de Minas/MG”.

Nó crítico 4	Conhecimentos do cuidador sobre a saúde do idoso
Operação	Saber Mais
Projeto	Propor processo para aumentar a autonomia do cuidador na assistência ao idoso e a capacidade de reconhecimento de situações que necessitem atenção profissional imediata
Resultados esperados	Cuidador mais capacitado e autoconfiante para o cuidado adequado em 80%; Cuidado do idoso otimizado; Redução da demanda pelo serviço de saúde por situações desnecessárias
Produtos esperados	Grupo Operativo com os cuidadores; Apresentar o “Guia Prático do Cuidador” *
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe da ESF Gestão Municipal/Secretaria Municipal de Saúde
Recursos necessários	Financeiro – aquisição do “Guia Prático do Cuidador” Cognitivo – conhecimentos sobre o tema, sobretudo para diagnóstico e abordagem adequados.
Recursos críticos	Financeiro – aquisição do “Guia Prático do Cuidador”
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gestão Municipal Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar a proposta à Gestão, de modo a justificar a solicitação do recurso para aquisição dos exemplares do “Guia Prático do Cuidador”
Responsáveis:	Médica e enfermeira
Cronograma / Prazo	Início em 10/09/15 e finalização em 3 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Grupo operativo: já implantado, com encontros quinzenais Apresentação do “Guia Prático do Cuidador”: em fase de planejamento, aguarda aquisição do material (ainda dentro do prazo proposto)

* Guia Prático do Cuidador (BRASIL, 2008)

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico “Consciência dos familiares e outros atores envolvidos” relacionado ao problema “Sobrecarga de cuidadores de idosos da área de abrangência da ESF Alvim Álvares da Silva, em Morada Nova de Minas/MG”.

Nó crítico 5	Consciência dos familiares e outros atores envolvidos
Operação	Envolve-se!
Projeto	Propor ações que estimulem a corresponsabilização de todos os envolvidos no cuidado com o idoso
Resultados esperados	Maior envolvimento dos familiares e demais atores no cuidado do idoso. Casos de esgotamento do cuidador reduzidos em 20%
Produtos esperados	Palestras direcionadas aos personagens envolvidos com a realidade do idoso
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe da ESF
Recursos necessários	Organizacional – estrutura para realização de palestra, mobilização da equipe para fomentar a adesão. Cognitivo – conhecimento sobre o tema, sobretudo para diagnóstico e abordagem adequados. Político – mobilização social
Recursos críticos	Político – promover adesão por meio de mobilização social
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe da ESF/Familiares e demais envolvidos com a realidade do idoso Motivação: Favorável / Desfavorável
Ação estratégica de motivação	Incentivar a participação, através da busca ativa dos participantes, verificação de disponibilidades, estímulo ao envolvimento.
Responsáveis:	Enfermeira e psicóloga
Cronograma / Prazo	Início em 10/09/15 e finalização em 3 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Grupo operativo: já implantado, com encontros quinzenais.

Quadro 6 – Operações sobre o nó crítico “Processo de Trabalho em Saúde” relacionado ao problema “Sobrecarga de cuidadores de idosos da área de abrangência da ESF Alvim Álvares da Silva, em Morada Nova de Minas/MG”.

Nó crítico 6	Processo de Trabalho em Saúde
Operação	Linha de Cuidado
Projeto	Propor processo de trabalho para a equipe de forma a atuar nas necessidades de atendimento médico e/ou abordagem psicológica individual, em condições agudas e crônicas
Resultados esperados	Casos de esgotamento do cuidador reduzidos em 30%
Produtos esperados	Consulta realizada por médica ou psicóloga, conforme necessidade identificada; implantação da linha de cuidado e apoio ao cuidador, com visitas domiciliares agendadas aos idosos dependentes.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe da ESF Gestão Municipal/Secretaria Municipal de Saúde
Recursos necessários	Organizacional – organização da agenda Cognitivo – conhecimento sobre o tema, sobretudo para diagnóstico e abordagem adequados e elaboração de protocolo. Político – decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço
Recursos críticos	Organizacional – organização da agenda Político – decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe da ESF/Gestão Municipal (SMS) Motivação: Favorável / Variável
Ação estratégica de motivação	Apresentar o Projeto à Gestão. Planejar conjuntamente com a equipe a reestruturação da agenda para estabelecimento da Linha de Cuidado.
Responsáveis:	Médica e enfermeira
Cronograma / Prazo	Início em 10/09/15 e finalização em 3 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Consultas com médica e psicóloga: já implantadas. Linha de cuidado e visitas programadas: já implantadas.

Tabela 6 – Planilha para seguimento das variáveis do Projeto “Sobrecarga de cuidadores de idosos na área de abrangência da ESF Alvim Álvares da Silva, em Morada Nova de Minas/MG”

Indicadores	Momento atual		Após 3 meses	
	Nº	%	Nº	%
Cuidadores referindo esgotamento psicológico	30	79		
Cuidadores referindo queixas físicas	31	82		
Cuidadores que se julgam inaptos à execução de atividades cotidianas	18	47		
Cuidadores que avaliam seu conhecimento sobre o idoso insuficiente	22	58		
Cuidadores que referem participação inadequada dos familiares	35	92		

Espera-se que, com execução deste projeto possamos alcançar melhorias da qualidade de vida do cuidador e conseqüentemente do idoso sob sua responsabilidade. E ainda almeja-se a articulação entre os profissionais de saúde e gestão municipal para a ampliação das ações prestadas a esse grupo de pessoas que cuidam de pessoas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Seguindo o Modelo Lógico, as variáveis abordadas no Plano de Ação também necessitam avaliação periódica, de modo a concluir o real impacto das operações propostas. As variáveis principais deste projeto de intervenção constam na Tabela 13. A avaliação destas variáveis será realizada durante as atividades propostas (oficinas e grupos operativos), através da abordagem do grupo, focando a percepção do próprio cuidador.

O conceito mais subjetivo, que é o de esgotamento ou *burnout* será trabalhado também em grupo, com base nos critérios observados no Inventário de Sobrecarga de Zarit (Anexo 1), padronizado no Brasil para avaliação da sobrecarga do cuidador. Cabe ressaltar que o Inventário de Sobrecarga de Zarit não será aplicado individualmente aos pacientes, mas usado como base para as discussões e trabalhos envolvendo o tema central, que ocorrerão no decorrer dos encontros.

A organização do processo de avaliação e monitoramento da execução do Plano de Ação é etapa fundamental para o êxito do Projeto. Sua correta aplicação necessita engajamento entre os membros da equipe, diálogo e afinidade de objetivos, colocando como foco a saúde integral de todos os envolvidos com o subgrupo de pacientes abordados.

Intervir na saúde do cuidador é tarefa desafiadora, que sofre interferência de múltiplas causas e problemas secundários e pode ser otimizada pela abordagem multidisciplinar. É ação que integra a estratégia da Saúde do Idoso.

REFERENCIAS

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a22.pdf.

ALMEIDA, M.A.B. **A insuficiência familiar no cuidado ao idoso e seus reflexos na Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte, 2013.

ANDRE, S. CUNHA, M. MARTINS, M. RODRIGUES, V. The informal caregiver's socioeconomic prism and its implications in state of mind. *Atención Primária*. 2014; 46 (Espec Cong 1): p.210-216

BRASIL. Classificação Brasileira de Ocupações. Ministério do Trabalho e Emprego, Secretaria de Políticas Públicas de Emprego. 3ª ed, v.1. Brasília, 2010. 828p.

BRASIL. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Cadernos de Atenção Básica, n.19). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>> Acesso em 24.mai.2015

BRASIL.. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf>. Acesso em: 24 maio 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>> Acesso em: 18 abril 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica. SIAB. 2015** Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em:10 abril 2015.

CAMARANO, A. A. Características das instituições de longa permanência para idosos. Brasília: IPEA; Presidência da República, 2007.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 179p.

FERNANDES, M. G. M.; FRAGOSO, K. M. F. Atendimento domiciliário ao idoso na Atenção Primária à Saúde. **Revista APS**. v.8, n.2, p173-180, jul/dez. 2005.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev Bras Enferm**. v. 62, n. 1, p. 57- 63. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. IBGE. Cidades. Minas Gerais. Morada Nova de Minas. Brasília, 2015. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=314350> . Acesso em 5.nov. 2015

LOPERA, J. M. V. *et al.* Validación de escalas abreviadas de Zarit para la medición de síndrome del cuidador primário del adulto mayor em Medellín. **Atención Primária**. v. 44, n.7, p.411-416, 2012.

MACNEIL, G.; KOSBERG, J. I.; DURKIN, D.W.; DOOLEY, W.K.; DECOSTER, J.; WILLIAMSON, G. M. Caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior: the central role of caregiver anger. **The Gerontologist**. v. 50, n.1, p.76-86, 2009.

MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L.; NASCIMENTO, E. R. P.; BARRA, D. C. C.; SOUZA, W.G.A.; PACHECO, W.N.S. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto & Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 16, n.2, p. 254-62, 2007.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso**: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.

NASCIMENTO, L. C.; MORAES, E. R.; SILVA, J.C.; VELOSO, L. C.; VALE, A. R. M. C. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Rev Bras Enferm**. v. 61, n. 4, p. 514-517, 2008.

OLIVEIRA, A. A. V. *et al.* Maus tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm**. v. 66, n.1, p. 128 – 33, 2013.

PINTO, N.; BARRERA, L.; SÁNCHEZ, B. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa “cuidando a los cuidadores”. **Aquichan**. Chía, Colombia. v. 5, n.1, -15, p. 128 - 37, 2005.

PREFEITURA DE MORADA NOVA DE MINAS. **História, 2014**. Disponível em: http://www.moradanova.mg.gov.br/Materia_especifica/6495/Historia. Acesso em: :27.abr.2015.

PREFEITURA DE MORADA NOVA DE MINAS. **Plano Municipal de Saúde de Morada Nova de Minas, 2014/2017**.

RECKREY, J. M. *et al.* Health Care Utilization Among Homebound Elders: Does Caregiver Burden Play a Role? **Journal of Aging Health**. v. 25, n. 6, p. 1036–1049, 2013.

SOUZA, L. M.; WEGNER, W.; GORINI, M. I. P. C. Educação em Saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev Latino-Americana Enferm**. v. 15, n. 2, p. 230-8, 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a22.pdf> . Acesso em 4.jul.2015

TAUB, A.; ANDREOLI, S. B.; BERTOLUCC, P. H. Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. **Cad Saúde Pública**. v. 20, p. 372-376, 2004.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**. v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.. Disponível em:
<lilacs.bvsalud.org>. Acesso em: 2. jul. 2015.

ANEXO A - Avaliação da Sobrecarga dos Cuidadores (Zarit)

Essa avaliação serve para avaliar se os cuidadores de idosos estão sobrecarregados. Deve ser aplicada para o cuidador principal - pessoa que mais ajuda a pessoa idosa. A entrevista deverá ser realizada sem a presença da pessoa idosa.

Objetivo: avaliar estresse nos cuidadores.

Avaliações dos resultados: A avaliação compreende uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas se sentem ao cuidar de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, deve ser indicado com que frequência o cuidador se sente em relação ao que está sendo perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre). Não existem respostas certas ou erradas.

Providências com os achados/resultados: altos escores indicam estresse dos cuidadores e, nesses casos, a equipe deve discutir o planejamento assistencial mais adequado.

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES (ZARIT)

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) pede mais ajuda do que ele(a) necessita?					
2. O(a) Sr(a) sente que por causa do tempo que o (a) Sr(a) gasta com NOME DO IDOSO(A) não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?					
3. O(a) Sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de NOME DO IDOSO(A) e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O(a) Sr(a) sente envergonhado(a) com o comportamento de NOME DO IDOSO(A)?					
5. O(a) Sr(a) sente irritado(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
6. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O(a) Sr(a) sente receio pelo futuro de NOME DO IDOSO(A)?					
8. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) depende do(a) Sr(a)?					
9. O(a) Sr(a) se sente tenso(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
10. O(a) Sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com NOME DO IDOSO(A)?					
11. O(a) Sr(a) sente que não tem tanta privacidade como gostaria por causa de NOME DO IDOSO(A)?					
12. O(a) Sr(a) sente que sua vida social tem sido prejudicada em razão de ter de cuidar de NOME DO IDOSO(A)?					
13. O(a) Sr(a) não se sente à vontade em receber visitas em casa por causa de NOME DO IDOSO(A)?					
14. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) espera que o(a) Sr(a) cuide dele(a) como se fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?					
15. O(a) Sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de NOME DO IDOSO(A) somando-se às suas outras despesas?					
16. O(a) Sr(a) sente que será incapaz de cuidar de NOME DO IDOSO(A) por muito mais tempo?					
17. O(a) Sr(a) sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de NOME DO IDOSO(A)?					
18. O(a) Sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de NOME DO IDOSO(A)?					
19. O(a) Sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por NOME DO IDOSO(A)?					
20. O(a) Sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por NOME DO IDOSO(A)?					
21. O(a) Sr(a) sente que poderia cuidar melhor de NOME DO IDOSO(A)?					
22. De uma maneira geral, quanto o(a) Sr(a) se sente sobrecarregado por cuidar de NOME DO IDOSO(A)?					

Fonte: BRASIL. **Anexo L. Avaliação da sobrecarga dos cuidadores.** In: BRASIL Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>. Acesso em: 24 maio 2015.